UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 88

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RÉSECTION TOTALE
DES VEINES SAPHÈNES VARIQUEUSES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Juillet 1910

PAR

Emile HAMON

Né à Ploumilliau (Côtes-du-Nord), le 7 juillet 1884

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse — MM. TÉDENAT, Professeur, *Président.*
SARDA, Professeur
LAPEYRE, Agrégé
SOUBEYRAN, Agrégé
Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY, SUCCESSEUR
7, Boulevard du Peyrou, 7

1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RÉSECTION TOTALE DES VEINES SAPHÈNES VARIQUEUSES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 88

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA RÉSECTION TOTALE DES VEINES SAPHÈNES VARIQUEUSES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Juillet 1910

ACAD. MONTPELLIER BIBL.

PAR

Emile HAMON

Né à Ploumilliau (Côtes-du-Nord), le 7 juillet 1884

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse — MM. TÉDENAT, Professeur, *Président.* ; SARDA, Professeur ; LAPEYRE, Agrégé ; SOUBEYRAN, Agrégé — *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY, SUCCESSEUR
7, Boulevard du Peyrou, 7

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻) ..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.
IZARD..... SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✻). Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✻).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (✻).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie...	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeuthique générales.....	RAUZIER. Chargé de l'enseign[t] la clinique médicale.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs-adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....	De ROUVILLE, prof.-adjoint
Accouchements.....	PUECH, prof. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires..	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof. adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT Ed.	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

Examinateurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, *professeur, président.* | LAPEYRE, *agrégé.*
SARDA, professeur. | SOUBEYRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE CHÉRI

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

Emile Hamon.

AVANT-PROPOS

Au moment où nous touchons au but de nos études médicales, c'est avec une émotion bien vive que nous nous rappelons le temps, hélas trop court, qui nous permit d'apprécier des maîtres si aimables et si distingués.

Notre premier devoir est de remercier tous nos professeurs qui, tant à Rennes qu'à Montpellier, nous ont prodigué leurs encouragements et leurs conseils.

C'est à M. le professeur Dayot, qui a guidé nos premiers pas dans l'étude de la clinique chirurgicale et dont nous eûmes l'honneur d'être l'externe, qu'iront notre première pensée et notre plus profonde gratitude.

Nous avons aussi une dette de reconnaissance à acquitter envers M. le professeur Follet, et nous nous estimons heureux d'avoir pu bénéficier de ses leçons.

Nous adressons nos plus sincères remerciements à MM. les professeurs Perrin de la Touche, Véron, Bodin, Assicot, Marquis, Chevrel et à M. le docteur Bourdinière, chef de clinique médicale.

M. le professeur Tédenat a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, ce dont nous sommes très honoré ; nous regrettons seulement de ne pas soumettre à son jugement un travail plus approfondi.

Nous sommes particulièrement redevable à M. le professeur-agrégé Soubeyran, qui nous a indiqué le sujet que nous présentons aujourd'hui, et nous n'oublierons jamais cet accueil aimable qu'il nous a fait. Les remerciements que nous lui adressons sont une bien faible preuve de notre respectueuse affection.

M. le professeur Sarda et M. le professeur-agrégé Lapeyre, en acceptant de faire partie de notre jury, nous ont montré une sympathie dont nous leur sommes reconnaissant.

INTRODUCTION

Les varices des membres inférieurs constituent une infirmité souvent pénible, source de douleurs et de gêne, cause de réduction dans les aptitudes fonctionnelles, danger toujours imminent d'accidents graves, quelquefois mortels. Si la très grande majorité des cas est justiciable de traitements hygiéniques et palliatifs, il est une minorité assez importante pour qui la meilleure des thérapeutiques consiste dans une opération chirurgicale. Multiples sont les interventions proposées, parce que multiples sont les interprétations de la pathogénie qui préside aux accidents variqueux.

M. le professeur agrégé Soubeyran nous a confié le soin d'exposer, à l'occasion d'un cas de sa pratique, l'une des plus récentes et l'une des plus radicales parmi les techniques qui s'offrent au choix du chirurgien.

Mais nous nous sommes vite rendu compte que le simple exposé d'une technique, même suivi de relations de succès importants, ne suffisait pas à entraîner l'adhésion à une méthode nouvelle, et qu'à côté des faits justificatifs il fallait en apporter une explication théorique qui en fût une confirmation. Et c'est de là qu'est né le présent travail.

Nous lui avons donné un point de départ anatomique et physiologique par l'examen descriptif du système veineux saphène et l'étude fonctionnelle de la circulation veineuse dans

le membre inférieur. A cet état normal nous avons opposé l'état pathologique.

Là nous avons vu que les conceptions physiologiques de Trendelenburg avaient laissé dans l'ombre l'un des deux facteurs importants qui régissent l'hydraulique des veines variqueuses. Nous avons alors relevé les divers traitements opératoires inspirés de la conception de Trendelenburg. Il nous a été facile de constater leurs insuccès fréquents et de suivre par là les déductions de ceux à qui la résection totale des veines saphènes variqueuses s'est présentée comme l'opération rationnelle et logique.

L'exposé de la technique de cette résection forme un chapitre de ce travail.

Nous avons étudié ensuite ses indications et contre-indications, ainsi que les conditions qui se posent à sa réalisation.

Enfin, nous avons terminé par un long chapitre sur les résultats de cette opération et sa valeur thérapeutique.

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS

A. — LE SYSTÈME VEINEUX DU MEMBRE INFÉRIEUR.

Le système veineux du membre inférieur est constitué par un double réseau aboutissant à trois troncs veineux principaux. Un réseau profond ou plutôt sous-aponévrotique aboutissant à la veine fémorale, et un réseau superficiel, sus-aponévrotique dans sa plus grande étendue et qui se résume dans le système des saphènes. Le réseau profond est constitué par les veines satellites de toutes les artères qui branches de la fémorale assurent la nutrition du membre ; il est drainé en entier par le tronc de la veine poplitée continuée par la veine fémorale, et par celui des fémorales profondes. Le système saphène est constitué par des branches sous-cutanées à distribution variable dans leurs territoires d'origine, anastomosées entr'elles en larges mailles indépendantes de toutes artères, puisque la région sous-cutanée ne contient aucune branche digne de ce nom. Le sang qui remplit ce réseau rejoint la circulation profonde par le tronc des deux veines saphènes.

La *veine saphène interne* est la plus importante des deux,

tant au point de vue anatomique qu'au point de vue chirurgical qui nous occupe. Sans vouloir en faire ici une étude anatomique détaillée, nous rappellerons qu'elle s'individualise sur le bord interne du dos du pied (veine marginale) par la confluence de plusieurs veines dorsales ; qu'elle s'élève en passant au devant de la malléole interne, puis elle croise l'axe tibial pour se porter en haut, le long de la face interne de la jambe. au voisinage du bord interne du tibia. Elle décrit au niveau du genou une courbe à concavité antérieure, embrassant ainsi le condyle interne du fémur, puis elle s'élève à la face interne de la cuisse, suivant à peu près la dépression qui, chez les sujets maigres, marque en avant du grand adducteur le trajet des vaisseaux fémoraux. A la racine de la cuisse, elle se contourne en crosse dans le sens antéro postérieur, présentant en ce point une dilatation ou golfe constant, et traversant le plan du fascia cribriforme de l'aponévrose, elle se termine aussitôt en dessous dans la veine fémorale. Ce trajet présente chez l'adulte une longueur de 70 à 85 centimètres ; il se fait d'une façon directe, sans flexuosités marquées, chez les sujets sains, bien entendu. Elle se trouve située, sauf son extrêmité terminale, au dessus de l'aponévrose dans une sorte de gaine ou de canal dont l'aponévrose serait le plancher et un fascia superficialis le plafond, tandis que les murs latéraux seraient constitués par le tissu cellulo adipeux. Mais ce n'est là qu'une gaine sans importance, incapable de s'opposer aux déplacements, déviations ou dilatations de la veine malade.

A l'état normal, le diamètre de la saphène interne est de 4 ou 5 millimètres à la jambe près de la malléole ; ce diamètre s'accroît très peu à la cuisse, sauf au niveau de la crosse qui mesure en général 6 ou 7 millimètres. De ce fait on est amené à penser que la veine ne transporte pas plus de sang dans son tiers supérieur que dans le tiers inférieur, et par

suite, étant donné le nombre et l'importance de ses affluents, qu'il existe des voies de dérivation sanguine par où le sang s'éloigne de la saphène. On verra plus loin qu'il en est vraisemblablement ainsi.

Le point de terminaison de la saphène est intéressant à préciser, car c'est lui que l'on recherche tout d'abord dans le procédé d'extirpation que vise notre travail. On s'accorde à dire que ce point n'est pas rigoureusement fixe, qu'il se trouve le plus souvent à 4 centimètres, quelquefois à 3 ou 2 seulement au dessous du pli de l'aine. Il peut se trouver plus bas mais cela est exceptionnel. Au point de vue chirurgical voici les repères que l'on accepte : on repère le milieu de l'arcade crurale, on prend un point situé à un travers de doigt en dedans, l'embouchure de la saphène est située à trois travers de doigt au dessous de ce point (Terrier et Alglave). La saphène interne est quelquefois double, ou bien elle est accompagnée de canaux collatéraux plus ou moins importants.

Un système de valvules sectionne à l'état normal la saphène interne en un certain nombre de segments qui gagnent une certaine indépendance au point de vue de la transmission des pressions sanguines. On compte souvent de 11 à 20 valvules, quelquefois plus sur le trajet de la veine, mais ce nombre est variable et de plus Klotz (1) a indiqué ce fait remarquable pour la pathogénie des varices que le nombre de ces valvules diminue par atrophie des valves à mesure que le sujet avance en âge.

La *veine saphène externe* naît sur le bord externe du pied (veine marginale externe) par un réseau qui se continue librement avec celui où s'amorce la saphène interne. Elle se

---

(1) Klotz : *Arch. f. anat. und physiol.*, 1887.

porte en arrière de la malléole externe, longe de bas en haut le côté externe du tendon d'Achille, puis sur la ligne médiane de la masse musculaire du mollet, elle se prolonge jusqu'au creux poplité où elle se termine à la partie moyenne de la veine poplitée. Unie par ses réseaux d'origine à la saphène interne, elle lui est encore rattachée par des anastomoses sur les faces latérales du mollet, et surtout, près de sa terminaison par un canal anastomotique interne, presque constant, qui contourne le bord interne du genou pour se terminer dans la saphène interne plus ou moins haut dans son trajet fémoral.

La saphène externe est en général plus grêle que l'interne, elle est également de moitié plus courte, aussi ne présente-t-elle que 8 à 10 valvules sur son trajet.

Le système superficiel forme donc un ensemble malgré la distinction des deux troncs qui le résument, mais il n'est pas non plus indépendant du système veineux profond ; et cela est un élément de haute importance pour la physiologie pathologique des varices. A travers l'aponévrose fémorale et jambière (mais surtout la jambière) passent des canaux, dits veines perforantes, qui réunissent les deux systèmes : le sous-cutané et le sous-aponévrotique.

Ces *veines perforantes* sont divisées par les anatomistes en anastomoses directes, c'est-à-dire allant directement d'un tronc superficiel à un tronc profond, et en anastoses indirectes quand un réseau musculaire est interposé entre leurs deux extrêmités. Leur disposition anatomo-physiologique les range en trois groupes :

1° Il y a des perforantes dépourvues de valvules, le sang peut à l'état normal y circuler indifféremment dans les deux sens et ce ne sont pas les conditions anatomiques qui régissent cette circulation ;

2° D'autres perforantes par leurs valvules conduisent le sang de la surface à la profondeur ;

3° Dans le troisième groupe sont les veines qui dirigent le sang de la profondeur vers la surface.

Or il semble bien que ces perforantes jouent un rôle important, d'abord dans la circulation normale, puis dans la circulation pathologique des systèmes variqueux. Alglave et Terrier les ont toujours trouvées plus grosses à la jambe qu'à la cuisse, les unes aboutissant directement aux troncs saphéniens, les autres plus nombreuses à des troncs d'origine.

B) Résumé des notions générales sur les varices

Ce système veineux complexe est le siège de prédilection de l'affection dystrophique si fréquente qui constitue les varices. Nous allons résumer ici en quelques lignes les points de pathologie qui nous serviront plus loin dans notre exposé.

Elles s'observent de préférence chez les arthritiques, chez les malades qu'englobe la vaste étiquette de dystrophiques du feuillet moyen, c'est-à-dire ceux que leur hypoplasie vasculaire et l'insuffisance de leurs tissus connectivo-fibreux expose aux ptoses viscérales, aux hernies, aux troubles de circulation sanguine. Elles se développent sous l'influence de causes plus immédiates, telles que la grossesse, la station debout, surtout si elle est associée avec des efforts musculaires, soit violents, soit répétés. L'inflammation veineuse, surtout dans ses formes bénignes, est souvent le point de départ de varices.

La pathogénie des lésions a donné lieu à plusieurs théo-

ries ; il est bon de prendre à chacune ce qu'elle a d'utile pour l'explication des faits. Tout d'abord l'étoffe veineuse est mauvaise chez les variqueux : que l'on admette un trouble dystrophique héréditaire ou tout au plus infantile ; un trouble inflammatoire, comme il est évident pour les varices qui succèdent à une phlébite cliniquement constatée ; un trouble trophique aseptique tendant à la sclérose avec perte d'élasticité et succédant lui-même à des conditions hydrostatiques défectueuses, le fait reste acquis. L'état anatomique des parois veineuses permet la distension de ces parois, alors même que la pression qu'elles sont appelées à supporter ne serait pas supérieure à la normale.

Or, cette pression est presque toujours supérieure à la normale. Dans certains cas il s'agit de compressions des voies efférentes (grossesse, port de jarretières serrées, etc.), mais à ces varices symptomatiques qui débutent par de la simple dilatation fonctionnelle, il faut opposer les varices en quelque sorte idiopathiques où la lésion existe dès que débute la dilatation. Klotz, Trendelenburg, Delbet ont contribué à éclairer le rôle des valvules insuffisantes dans la pathogénie des varices. Ou bien l'on admet que les valvules ne sont insuffisantes que par dilatation excentrique des parois qui les portent (varices symptomatiques précédées de dilatation simple), ou bien qu'elles sont d'emblée et primitivement forcées ou insuffisantes (varices d'emblée). En effet, elles peuvent l'être avant que le volume, l'épaisseur, l'apparence de la veine soient modifiés.

Or, de cette insuffisance valvulaire découle une augmentation de la pression intraveineuse, comme nous l'indiquerons plus loin ; la paroi veineuse défectueuse, soumise à une tension anormale, doit donc forcément céder.

Et alors ce sont les stades progressifs de dilatation concentrique ou excentrique, d'allongement avec flexuosités, sinuo-

sités que fixent des brides fibreuses se créant dans le cellulaire ; c'est la formation d'ampoules amincies, d'éperons épais semés de phlébolithes ; l'enroulement des veines en paquets variqueux, leur confluence en têtes de Méduse. Les valvules ne sont plus que des rugosités sur la paroi interne de ces veines ; depuis longtemps leurs valves ont cessé de s'accoler et elles n'ont plus aucune action sur la colonne liquide qui circule péniblement entre elles.

C) Physiologie de la circulation variqueuse

Quel va être l'effet fâcheux de cet état anatomique sur la circulation qui se fait dans ces canaux étrangement modifiés ?

A l'état normal, la circulation veineuse est assurée par une différence de pression, d'ailleurs minime, qui existe entre deux points successifs d'une veine. Elle est entretenue vers le centre par la dépression que crée l'aspiration thoracique et la constante déplétion du cœur droit ; vers la périphérie, par le résidu de pression artérielle que transmettent les capillaires et, d'autre part, par les compressions que subissent les veines intra et intermusculaires à chaque contraction musculaire. Les valvules suffisantes pourvoient à la discontinuité possible de cet effort vecteur ; vient-il à se suspendre, le sang s'immobilise en aval d'une valvule sans retour en arrière possible ; d'autre part, l'élasticité de la paroi veineuse tend à chasser le sang qui la distend et vient ajouter son action aux actions extérieures concourantes.

Or, le système saphène, séparé des muscles par des aponévroses, libre d'expansion sous la peau, subit-il l'influence

des contractions musculaires ? La disposition des valvules dans certaines veines perforantes implique que le sang y circule de la masse musculaire vers l'espace sous-cutané ; par ces troncs au moins et probablement aussi par les veines perforantes non valvulées, le sang peut passer vers la périphérie, vers l'espace libre, dans les contractions musculaires (Theile et Henle, Klotz). D'après leurs pièces pathologiques, Terrier et Alglade sont conduits à la même cenclusion : les lésions de distension ont leur maximum au niveau de l'abouchement des perforantes et la rupture de ces points donne un jet de sang qui témoigne de la pression du sang qui s'y exerce.

Quelles sont maintenant les modifications pathologiques ?

1° La paroi veineuse perd son élasticité, elle n'a plus de rôle actif dans l'impulsion sanguine et tend à se laisser distendre ;

2° L'afflux par les perforantes continue à se produire et il comporte ce que Terrier et Alglave appellent « la poussée sanguine profonde » et Delore (1) « le coup de bélier musculaire ». A l'occasion des contractions musculaires (station, marche, saut, course) le sang est brusquement chassé, exprimé dans l'espace libre que représente le système saphène.

3° D'autre part, la veine présente (primitivement et secondairement) de l'insuffisance valvulaire. Il en résulte que si les conditions normales de dépression en aval sont interverties, il n'y a plus d'obstacle à l'intervention du courant sanguin. C'est ce que démontre en clinique l'épreuve de Trendelenburg : « Le malade étant couché, la jambe élevée et la saphène vidée de son sang ; si l'on comprime le tronc vei-

(1) Delore : Cong. fr. de chir., 1894.

neux à la cuisse et qu'on fasse lever le malade, la veine ne se remplit pas ; si l'on suspend la compression crurale, la veine se remplit brusquement (1) *par reflux du sang de haut en bas*. C'est ce que Delbet a mesuré expérimentalement : dans le bout central d'une saphène variqueuse la pression est positive (normalement elle est négative) et cette pression se décuple et au delà sous l'influence des efforts.

Donc la veine est soumise à la double pression antagoniste du sang profond et du sang des gros troncs (reflux superficiel). La pression centrale correspond non plus au segment de colonne sangine compris entre deux valvules, mais à toute la colonne sanguine, depuis la veine cave jusqu'au pied. En appliquant les principes de l'hydrostatique on voit que cette pression est proportionnelle à la fois à la hauteur de colonne sanguine et à la surface de section horizontale dans le plan où on la considère. (Le poids réel de cette colonne sanguine n'intervient pas dans le calcul.) Il est donc facile de comprendre combien elle est multipliée d'une part comme conséquence de l'insuffisance valvulaire, d'autre part comme effet de la dilatation veineuse.

---

(1) Launay : Article Varices, dans le *Nouveau Traité de chirurgie*, Tome XII., 1909.

CHAPITRE II

CONCEPTION PHYSIOLOGIQUE DES PROCÉDÉS DE THÉRAPEUTIQUE EN MATIÈRE DE VARICES

Le chapitre précédent nous a conduit à apprécier l'importance des données physiologiques dans la production des varices. Nous en retenons la notion de perte d'élasticité pariétale (élément biologique) et celle d'augmentation de pression hydraulique intra-variqueuse, comme conséquence : 1° de la suppression des barrières valvulaires ; 2° de l'augmentation de surface de section sur laquelle s'exerce la pression saphénique (élément mécanique).

Nous pouvons donc apprécier les méthodes générales de la thérapeutique des varices en tenant compte des éléments pathologiques auxquelles elles s'adressent. Nous introduirons seulement un paragraphe de plus pour les méthodes qui visent à supprimer simplement la lésion en elle-même, dans son élément anatomique, sans s'embarrasser des conditions pathogéniques.

Nous aurons ainsi trois groupes :

1° Méthodes qui visent les troubles d'élasticité pariétale ;

2° Méthodes qui tendent à la suppression des lésions anatomiques, uniquement à cause des accidents qui s'y produisent et non point guidées par une indication pathogénique ;

3° Méthodes qui s'adressent à l'élément mécanique, pour le modifier ou le supprimer.

§ I

MÉTHODES QUI VISENT LES TROUBLES DE L'ÉLASTICITÉ PARIÉTALE

Suivant les cas et le degré de développement des varices, la contractilité des parois veineuses, c'est-à-dire leur élasticité physiologique est seulement diminuée ou complètement supprimée.

Dans le premier cas, on peut viser à relever cette contractilité défaillante ; dans le second, il convient d'y suppléer.

A) *Procédés thérapeutiques de renforcement de la contractilité veineuse.* — Ils comprennent des moyens médicamenteux, tels que les préparations d'hamamelis virginica en première ligne, d'hydrastis canadensis, etc., et des moyens physiques, tels que l'exercice musculaire bien réglé et très modéré et les massages.

L'effet cherché est de relever le tonus des parois veineuses, de façon à ce que celles-ci ne se laissent pas forcer et opposent aux impulsions pathologiques une résistance renforcée. Mais il est clair que ce ne sont là que de petits moyens

et réservés aux premières stades de la maladie ; il est souvent dépassé le moment d'y recourir quand le malade vient consulter son médecin.

B) *Procédes de suppléance de l'élasticité veineuse.* — Puisque les veines superficielles deviennent incapables de revenir sur une distension qui les a forcées, et avant que cet état de choses ne crée un état de symptômes et de complications pénibles, il est logique de chercher à suppléer l'action physiologique supprimée, par une action mécanique externe. C'est ainsi que l'on emploie, et avec succès dans les formes encore récentes, les bas élastiques, ou d'une façon plus générale la compression élastique de tout le membre inférieur. On fournit ainsi à la paroi veineuse un point d'appui extérieur pour résister à la pression excentrique qui s'exerce en elle.

Dans un but analogue (mais seulement comme complément d'opérations que nous retrouverons plus loin), Schwartz (1) a cherché à faire de la compression élastique en enlevant des lambeaux cutanés, généralement taillés en losange, de façon à mettre en jeu par la suture consécutive des bords de la plaie l'élasticité des téguments. De même qu'en réséquant la peau exubérante de certains scrotums pour varicocèle on espère constituer un suspensoir naturel, de même il voulait confectionner un véritable bas naturel.

Mais ce ne sont là que des palliatifs, qui laissent subsister toutes les lésions veineuses, et sous lesquels le travail de phlébosclérose et d'insuffisance valvulaire se continue. L'extensibilité de la peau et son accommodation aux tractions continues démontrée par les autoplasties, font que le bas

(1) Schwartz : XII[e] Cong. de chir., 1898.

naturel, pas plus que le bas artificiel, n'a une durée très prolongée. Il ne faut pas d'ailleurs nier que ces palliatifs n'aient sur certains cas des résultats très suffisants. Ils s'adressent en particulier à ces cas de varicocités multiples, distribuées ailleurs que sur le tronc de la saphène interne et que Delbet a appelées varices atypiques ou irrégulières.

Deux chirurgiens ont cherché à suppléer à l'élasticité disparue par l'action de la contractilité musculaire : Cecca (1) en logeant la veine saphène sous l'aponévrose de la cuisse, et Katzenstein (2) en l'enfouissant en pleine épaisseur de tissu musculaire. Chaque contraction musculaire aurait pour effet de comprimer la veine et de créer ainsi une *vis a tergo* que la musculature de la veine est devenue incapable de produire ou de conserver.

§ II

MÉTHODES QUI VISENT A LA SUPPRESSION DES POINTS DE LÉSIONS MAXIMUM

Nous reconnaissons que l'autonomie de ce paragraphe n'est pas très nette ; nous avons voulu mettre à part les cas où le chirurgien intervient surtout en raison des désordres anatomiques qui se produisent sur les troncs variqueux, et non pas dans le but d'être curateur de l'ensemble des

---

(1) Cecca : *Clinica Chirurgica*, 1908.
(2) Katzeinstein : *Sem. Médicale*, 20 octobre 1909.

lésions. Par le fait, ces méthodes qui se résument dans l'excision de segments variqueux, se rattachent à celles du troisième groupe par les modifications qui en résultent dans l'hydraulique de tout le système saphène.

A) *Excision de segments variqueux à lésions prédominantes.* — Dans certains cas il arrive que les lésions prédominent et soient plus avancées sur un segment limité du tronc saphène. On a donc assez souvent pratiqué des résections partielles. On opère, soit dans la crainte d'accidents probables, tels que ruptures ou phlébites, soit en présence de ces accidents réalisés.

Dans les deux cas la technique est la même : l'incision met d'abord à nu l'extrêmité supérieure du segment que l'on veut enlever, à distance des lésions. Ce bout supérieur est aussitôt lié en deux points, la section porte entre les deux ligatures, et on relève progressivement la veine à exciser en la dégageant successivement sur toutes ses faces. Tous les affluents sont pincés et liés. Quand on a dépassé vers en bas la zone des lésions on lie à nouveau et l'on excise au-dessus toute la portion de veine dégagée.

On s'attaque ainsi aux paquets variqueux limités, aux *têtes de Méduse*, à ces lacis d'ampoules amincies, adhérentes à la peau et tendant à se rompre ; on traite de même les cas de rupture veineuse avec hématomes ou hémorragie externe si souvent rebelle aux traitements directs *in situ* : enfin on a employé la même méthode pour la phlébite variqueuse. La phlébite aiguë a été ainsi traitée par des chirurgiens audacieux, il serait délicat de les donner en exemple, les dangers d'embolie septique, ou de thrombose débutant au niveau de la ligature sont trop considérables. Mais c'est là un bon procédé contre la phlébite subaiguë à évolution lente.

En effet dans ces cas l'opération est bénigue : Robineau (1) qui relève les cas de la pratique de Segond, Quénu, Schwartz, n'a trouvé ni cas de mort, ni insuccès. La guérison est plus rapide que par le traitement usuel et le danger d'embolie est évité. La même technique a été appliquée par Tuffier et par Quénu à des phlébites variqueuses du système profond.

§ III.

MÉTHODES QUI VISENT L'ÉLÉMENT MÉCANIQUE.

Le facteur mécanique constitue dans la pathologie des varices confirmées un élément plus important que le facteur biologique ou anatomique. C'est donc contre lui que sont dirigées le plus grand nombre de tentatives opératoires. Mais le fonctionnement hydraulique des systèmes variqueux comprend plusieurs éléments distincts auxquels s'adressent d'une façon plus ou moins précise les diverses techniques. Le plan de ce paragraphe sera établi comme suit. Tout d'abord nous énoncerons les divers points de la physiologie pathologique des varices auxquels on a chercher à remédier. Puis nous décrirons séparément les divers procédés, car il est difficile de les rattacher chacun à un seul élément pathogénique. Nous chercherons ensuite la valeur de ces opérations ; nous disons par avance que nous étudierons surtout leurs in-

(1) Robineau : Traitement chirurgical des phlébites. Thèse Paris, 1898.

succès et que par l'examen de ces insuccès même nous serons amené à l'opération radicale qui comporte l'extirpation complète de la veine saphène.

Trendelenburg par ses travaux successifs a attiré l'attention principalement sur l'insuffisance valvulaire dans la saphène et sur le reflux superficiel qui s'y produit. L'effet principal de cette insuffisance est de transmettre tout le long du système veineux une pression anormale représentée par toute la hauteur de la colonne veineuse depuis la veine cave jusqu'au pied ; cette pression est constamment positive, mais son intensité est variable ; elle est au maximum dans les efforts qui déterminent un reflux important, un coup de bélier dans tout le système variqueux insuffisant. De plus enfin, cette pression se multiplie de ce fait qu'elle s'exerce sur une section plus considérable des veines.

Il convient donc de fragmenter la colonne liquide, et par suite d'en diviser la pression ; d'opposer des barrages au coup de bélier du reflux sanguin ; de diminuer enfin la surface veineuse sur laquelle la pression s'exerce à la cuisse et à la jambe. Nous signalerons aussi une méthode qui consiste à supprimer un facteur important de la pression dans la saphène, facteur qui est fourni par les veines affluentes de la crosse, dans lesquelles déjà à l'état normal la pression est nettement supérieure à ce qu'elle est dans le tronc de la saphène. La fragmentation de la colonne liquide se fera de façon à obliger le sang à traverser des canaux valvulés dont les valvules suppléeront celles qui sont absentes sur le tronc de la saphène, on utilisera donc les veines perforantes valvulées, les veines musculaires et les troncs profonds.

Nous allons ranger ici les différents procédés suivant la technique utilisée :

A) *Ligatures et sections.* — Ces deux techniques doivent être

réunies, car à la ligature simple on préfère la section entre deux ligatures. Trendelenburg préconisa d'abord la ligature unique de la saphène interne un peu au-dessus du genou (1889). Nous n'entendons pas dire qu'il fut le premier à pratiquer cette intervention, et longue est la liste de ceux qui avant lui la pratiquèrent, tels en France : Lucas-Championnière, Schwartz, Rigaud (de 1875 à 1885), mais nous envisageons ici le point de vue physiologique et c'est Trendelenburg qui a eu le mérite de préciser cette physiologie des varices. Son but était de détourner le courant direct de la saphène, d'obliger le sang pour passer de la jambe à la cuisse à traverser des canaux valvulés et par là à interrompre le reflux superficiel auquel les veines de la jambe étaient ainsi soustraites.

En 1895, il conseille d'appliquer trois ligatures (1) étagées : au milieu de la cuisse, au-dessus et au-dessous du condyle interne. Cela permet d'éviter les canaux collatéraux ou les anastomoses ouvertes de part et d'autre d'une ligature unique.

Schwartz, en 1898 (Congrès de chirurgie), indique les ligatures multiples, étagées. Il ne les pratique pas systématiquement, mais suivant les besoins il en pose quatre ou cinq : trois à la cuisse, une ou deux à la jambe ; d'ailleurs, à la section simple il substitue le plus souvent la résection de quelques centimètres par une plaie en boutonnière, en profitant de l'élasticité de la veine qui se laisse plus ou moins attirer une fois qu'elle est dénudée.

A côté des ligatures étagées sur le tronc du vaisseau, nous devons ranger la technique de Moreschi-Mariani, bien qu'elle ait surtout été pratiquée pour des ulcères variqueux. Elle

---

(1) Mémoire de Perthes : *Deutsch. Méd. Wochens.*, n° 16, 1895.

consiste dans l'incision circonférencielle de la peau jusqu'à l'aponévrose, avec double ligature et section de toutes les veines rencontrées (Moreschi faisait deux incisions limitant un bracelet de peau). Il est clair que toutes les voies superficielles sont ainsi interceptées au sang et qu'entre les deux régions que délimite le plan de l'incision sont situés le plus souvent des vaisseaux valvulés.

Pour pratiquer à divers niveaux la recoupe des veines et faire en somme des ligatures étagées multiples, Friedel (1) a indiqué une incision en spirale faisant s'il le faut jusqu'à six et sept tours.

B) *Résections partielles.* — Elles ont été faites en général pour supprimer des paquets variqueux spécialement gênants (thromboses, ruptures, névralgies, etc.), mais aussi dans le but de modifier les conditions mécaniques de la circulation. Elles réunissent en effet le triple avantage : d'interrompre la colonne sanguine (comme la ligature simple), de supprimer le siège de complications probables, de diminuer la surface totale de section vasculaire par laquelle se multiplie la pression sanguine.

Les cas de résections partielles plus ou moins étendues sont très nombreux ; nous n'avons pas l'intention de les relever ici. Elles étaient déjà pratiquées à la période préantiseptique, avec d'ailleurs des insuccès et des accidents fréquents. A mesure que l'on se rapproche de l'époque actuelle, il semble que les longueurs de veines réséquées aient été en croissant. Nous en avons donné plus haut la technique.

Nous rappellerons à l'occasion de cette technique que

---

(1) Friedel : *Arch. f. klein. chir.*, 1908. Bd. LXXXVI, et *Journ. de chir*, 1908.

Schwartz en la pratiquant réséquait des lambeaux de peau plus ou moins étendus pour constituer le « bas de peau » dont nous avons parlé plus haut.

C) *Oblitérations veineuses.*— Pour supprimer des segments de veine saphène en évitant cependant l'excision opératoire étendue, on a eu recours aux injections coagulantes intra-veineuses.

Elles ont été pratiquées à la période préantiseptique au moyen de perchlorure de fer (Pètrequin, Valette et Desgranges), de liqueur iodo-tannique (Desgranges, Guillermond, Delore). Elles furent abandonnées à cause des accidents produits.

En 1904, Tavel (1) est revenu sur la question : Il lie le tronc veineux et injecte au-dessous de la ligature quelques centimètres cubes d'une solution d'acide phénique à 5 pour 100. On répète cette manœuvre dans tous les troncs veineux accessibles. Il se fait une phlébite oblitérante.

En 1908, Schiassi (2) décrit à son tour une pratique analogue : Il isole à la cuisse un segment variqueux, lie l'extrêmité supérieure et injecte au-dessous une solution iodo-iodurée à 1 pour 100 dans l'eau. On introduit lentement de 30 à 50 centimètres cubes de solution. Il dit obtenir ainsi une phlébite adhésive, *sans thrombose*, dans le tronc saphène et tous ses réseaux d'origine. Il considère que sa méthode est celle du « plus petit moyen », elle s'est montrée efficace et inoffensive dans les 60 cas auxquels il l'a appliquée. Il répond aux objections : d'abord qu'en fait « jamais un embolus mortel ne s'est détaché d'un foyer de phlébite

---

(1) Tavel : LXXII. Cong. de l'Ass. cent. des Méd. Suisses, 1904.
(2) Schiassi : *Semaine Méd.*, décembre 1908.

chimique d'une veine superficielle » et que d'ailleurs son procédé ne donne pas d'embolus détachable.

Nous avons tenu à donner ce procédé avec détails, car il réalise le but physiologique que la résection totale n'obtient que chirurgicalement, à savoir la suppression fonctionnelle du réseau veineux superficiel du membre inférieur.

D) *Abouchement saphéno-fémoral.* — L'insuffisance des ligatures étagées tient peut-être, dit Delbet (1), à l'absence de communications à la cuisse entre le réseau superficiel et les veines profondes ; le cours du sang n'est pas détourné vers des anastomoses valvulées et le coup de bélier central continue à se transmettre, quoique par la voie détournée des collatérales superficielles. Pour isoler le système saphène des veines du tronc par l'obstacle de valvules suffisantes, Delbet s'adresse au tronc de la veine fémorale profonde et pratique l'abouchement de la saphène à valvules insuffisantes dans la fémorale à valvules suffisantes. Quinze cas opérés par cette méthode ont donné des résultats satisfaisants. Mais la réalisation technique de cette anastomose veineuse est encore délicate, malgré les progrès faits en matière de suture vasculaire ; de plus, le procédé ne remédie qu'en un point à l'insuffisance valvulaire et ne modifie pas la longue colonne sanguine qui circule dans le tronc même de la saphène.

E) *Ligature des affluents de la crosse saphène.* — Robinson (2) a vérifié par des mesures directes que le sang n'a dans la saphène normale qu'une pression atteignant au plus 3 ou 4 centimètres de Hg. Au contraire, les affluents de

---

(1) Delbet : Acad. de Méd., décembre 1906.
(2) Robinson : Acad. des Sciences, mai 1910.

la crosse ont une pression de 4 à 16 centimètres. Le sang ne peut donc circuler normalement que si les valvules sont parfaitement suffisantes. En pratiquant la double ligature et section de ces affluents, sous anesthésie locale, cet auteur a obtenu l'affaissement de grosses veines variqueuses. Ce procédé ne tient pas compte du reflux fémoro-saphénique. Son action est sans doute limitée aux cas où l'embouchure de la saphène possède des valvules encore suffisantes.

§ IV

CRITIQUES

Les procédés que nous venons d'indiquer possèdent chacun des inconvénients plus ou moins graves (délicatesse de technique ou dangers d'embolie) mais ils ont un défaut commun sur lequel nous devons insister : ils n'assurent pas une guérison radicale. Sans doute, comme nous serons obligé de le reconnaître plus tard, il n'y a pas, à parler absolument, de traitement curatif et définitif des varices ; mais parmi les palliatifs il s'établit une échelle de valeurs. La récidive est très commune chez les malades opérés par les procédés ci-dessus et les raisons des ces récidives sont variables.

Il peut d'abord se faire une suppléance fonctionnelle — défectueuse — par les voies superficielles collatérales. Par les ligatures, les excisions même un peu étendues on ne peut garantirde ne pas laisser entre le bout d'amont et le bout d'aval un canal anastomotique, une maille du réseau sous-cutané par lesquels se fera le reflux superficiel et qui prendront rapi-

dement l'importance physiologique du canal principal supprimé. Et cela est réel et fréquent, expliquant les récidives à bref délai, et c'est à cause de cela que Trendelenburg a renoncé à la ligature unique peu après l'avoir proposée, sans que d'ailleurs les ligatures multiples donnent une garantie suffisante.

Dans d'autres cas la circulation, modifiée du fait des ligatures, se fait dans des canaux perforants valvulés qui opposent leur obstacle au reflux sanguin ; mais ces canaux sont eux aussi soumis au processus général de phlébosclérose. Ils deviennent variqueux à leur tour, et sur eux aussi l'insuffisance valvulaire se fait sentir. Nous sommes ramené au cas précédent : il s'est reconstitué un système avalvulé.

A la suite des ligatures simples, ou même des sections entre double ligature, sans résection, on a observé dans quelques cas l'abouchement à nouveau des deux extrêmités ; il est vrai seulement au bout de plusieurs années.

Enfin la circulation superficielle défectueuse peut se reconstituer par les collatérales qui se dilatent, s'unissent les unes aux autres et arrivent à constituer de véritables troncs néoformés (Pearce Gould, Lederrhose, Viannay).

Une autre objection, d'un ordre différent que l'on peut adresser à tous les procédés (autres que la résection totale), c'est qu'ils laissent des segments veineux en état pathologique et au niveau desquels les phénomènes de phlébite, de rupture et d'ulcère peuvent évoluer.

Mais le gros argument contre les opérations partielles est celui de Terrier et Alglave : Les procédés ci-dessus visent tous à supprimer le reflux superficiel considéré comme facteur essentiel de la pathologie variqueuse depuis les mémoires de Trendelenburg. Or il est un autre facteur également important, c'est le reflux profond, le « coup de bélier musculaire », qui dégorge brusquement le sang du réseau musculaire dans

les saphènes par les perforantes. Ce coup de bélier persiste après les ligatures multiples, après les résections partielles et il entretient les dilatations des segments inclus entre deux ligatures, entre deux résections,

Ce qui démontre ce rôle du reflux profond, c'est que les dilatations variqueuses débutent sur les branches d'origine et remontent vers la racine du membre ; il y a donc lésion complète de l'arbre saphène avant que le reflux superficiel puisse se produire ; c'est aussi « qu'il y a de nombreuses varices à opérer en dehors de celles où le reflux saphénien existe » ; c'est enfin la constatation des insuccès fréquents par les résections limitées et où une seconde opération montre les veines perforantes béantes dans des lacs sanguins sous-cutanés, cependant isolés du tronc saphène et mis à l'abri du reflux superficiel (observations et autopsie d'Alglave),

Or il existe une méthode qui supprime le reflux superficiel, le reflux profond, les anastomoses et collatérales ; qui réséque les éléments anatomiques lésés et avec eux les possibilités de désordres mécaniques ou infectieux ; qui restreint la surface sur laquelle se fait l'effort de la pression veineuse, diminue le calibre des voies de retour et par suite augmente la vitesse de la circulation sanguine ; qui oblige le sang à cheminer par des veines généralement en état de suffisance valvulaire et d'ailleurs soumises à des compressions musculaires lesquelles en expriment mécaniquement le contenu circulant. L'opération n'est pas d'une technique plus délicate que l'extirpation partielle, elle est aussi bénigne, ses résultats sont nettement meilleurs ; elle est l'opération logique et c'est la résection totale des veines saphènes.

Tout de suite examinons une *objection* :

Les veines superficielles sont chargées d'une double fonction : celle du retour du sang veineux cutané et sous-cutané et celle de réservoir chargé de loger le trop plein des veines

profondes au moment du travail musculaire. Qu'arrivera-t-il si on les supprime ? Terrier et Alglave ont posé l'objection et donné la réponse : 1° les faits cliniques ont montré que l'opération n'entraine ni œdème, ni stase sanguine, ni gêne fonctionnelle. Il n'en fut autrement que dans un cas où il y avait eu phlébite profonde d'origine typhique ; 2° Une autopsie a permis de constater la néoformation de veines d'apparence normale et de volume sans doute suffisant pour assurer les fonctions ci-dessus.

Cette objection ainsi écartée, nous sommes conduit à étudier la technique de la résection totale des saphènes.

CHAPITRE III

TECHNIQUE DE L'EXTIRPATION COMPLÈTE DES SAPHÈNES

Préparation du malade. — Elle consiste, le cas échéant, en toniques, en médication cardiovasculaire. La peau sera assouplie et assainie par des bains savonneux et le membre inférieur en entier sera rasé. En cas d'œdème, le membre sera maintenu en position élevée avec une légère compression élastique et l'opération ne sera pratiquée qu'après disparition de l'œdème. S'il y a de l'eczéma variqueux, des précautions minutieuses seront prises pour éviter les ulcérations, les fendillements de l'épiderme. Enfin si un ulcère variqueux existe déjà, il est indispensable de le déterger et de l'aseptiser dans la mesure du possible par des lavages prolongés et des pansements antiseptiques (à l'alcool à 90° par exemple) répétés jusqu'à désinfection suffisante. La nécessité d'une asepsie rigoureuse au cours de l'intervention oblige à pousser très loin cette désinfection de l'ulcère. Toutefois, il n'est pas permis de chercher à la réaliser par un curettage préopératoire à cause des relations constantes (1) qui existent entre l'ulcération et les veines

(1) Rémy : Traité des varices, 1901.

variqueuses, d'où danger presque certain de phlébite ou de septicémie qui suivraient.

La veille de l'opération on fera un badigeonnage de solution alcoolique d'iode (au 1/20) sur le trajet de l'incision projetée en débordant largement à droite et à gauche, puis le membre sera entouré de linges stérilisés maintenus par un pansement.

Anesthésie. — Il est nécessaire de recourir à l'anesthésie générale (tandis que les excisions partielles peuvent souvent être faites sous anesthésie locale). Aucun mode spécial d'anesthésie n'est indiqué ici ; nous signalerons seulement l'excellente pratique des hôpitaux de Montpellier où l'éther est donné goutte à goutte sur une compresse de gaze.

La rachi-anesthésie peut aussi bien être employée puisque c'est dans les opérations sur les membres inférieurs qu'elle donne les meilleurs résultats (stovaïne ou novocaïne).

Préparation immédiatement préopératoire. — La désinfection cutanée est obtenue par la teinture d'iode dédoublée (solution alcoolique au 1/20). Elle doit être passée sur toute la surface du membre, quitte à enlever l'excès avec un tampon imbibé d'alcool, à cause de l'asepsie absolue que réclame l'opération. Pour le même motif la disposition des champs opératoires aseptiques se fera avec grand soin, ne laissant à découvert que la région cutanée sur laquelle on va intervenir immédiatement et recouvrant le reste de compresses facilement déplacées suivant les besoins.

S'il y a un ulcère, il sera, après anesthésie, détergé à fond à la solution iodée, recouvert d'une compresse imbibée d'alcool et exprimée, maintenue par une bande stérilisée disposée avec soin de façon à ce qu'il n'y ait aucun déplacement à craindre avant la fin de l'opération.

On ne met ni bande ni tube d'Esmarch.

Ligne d'incision (1). — Le tracé total de l'incision est le suivant : *a*) Pour la saphène interne : en haut on part d'un point situé à trois travers de doigt de l'arcade crurale sur la verticale qui couperait cette arcade à un doigt en dedans de son milieu. De là on descend verticalement avec une très légère courbure antérieure jusqu'au bord postérieur du condyle interne du fémur. La portion jambière continue cette direction en bas et en dedans de façon à se terminer au-dessus du bord antérieur de la malléole interne.

Guibé propose de faire deux incisions jambières : l'une est l'incision fémorale prolongée un peu en avant de façon à aboutir au tiers moyen de la crête antérieure du tibia, l'autre naît à quelques centimètres en arrière de la précédente au niveau du genou et se termine comme ci-dessus. Les deux incisions chevauchent sur une partie de leur trajet.

Truchet conseille d'interrompre l'incision au niveau du pli de flexion du genou et de ne la reprendre que quelques centimètres plus bas à cause des cicatrices chéloïdiennes qu'il a vues se développer en ce point dans un cas, ainsi qu'Alglave.

L'incision ci-dessus ne se fait pas d'un seul trait. Terrier et Alglave la font en deux moitiés ; tous les temps de l'opération étant achevés dans une moitié, on passe à l'autre. Il vaut encore mieux, pour éviter les contaminations auxquelles une large plaie est exposée, procéder par segments successifs de 15 à 20 centimètres, encadrés par des compresses stérilisées.

Pour la saphène externe : tracer une ligne droite du milieu du creux poplité au bord postérieur de la malléole externe.

---

(1) La technique qui suit est décrite d'après le travail de Terrier et Alglave, et d'après un article de Guibé (*Presse Médicale*, novembre 1906). M. le Dr Rives, chef de clinique intérimaire à la Faculté, a bien voulu en revoir la rédaction.

Excision. — Le genou étant en demi flexion, le membre repose sur la table par sa face externe. La peau est incisée sur les premiers centimètres de la ligne d'opération.

Il faut d'emblée chercher la crosse de la saphène, on la dénude sur les côtés et au-dessous, on passe un fil (catgut ou soie) assez fort que l'on noue solidement. En aval la veine est prise avec une pince à forcipressure et sectionnée entre la pince et la ligature.

On ouvre alors le long de la veine le fascia qui forme plafond à la gaine fibrocelluleuse périvariqueuse et en soulevant le bout de la veine on la détache par en dessous et de haut en bas des plans sous-jacents (aponévrose chez les sujets maigres, plan cellulo adipeux chez les sujets gras). Au cours de cette dissection on rencontre des veines collatérales ; on les isole sur plusieurs centimètres en écartant les lèvres de la plaie, chacune est prise entre deux pinces et sectionnée, le bout d'amont est lié aussitôt au catgut. Il faut éviter d'ouvrir une veine non pincée, le sang épanché souille la plaie et rend les recherches moins faciles.

Terrier et Alglave recommandent de s'assurer si l'une des branches affluentes n'est pas un tronc collatéral interne dont l'existence est fréquente et dont la non extirpation pourrait causer une récidive.

Il faut savoir que les veines variqueuses très grosses et gonflées quand elles sont soutenues par leur gaine fibreuse s'aplatissent et ne sont plus qu'un mince cordon un peu dur dés qu'elles sont libérées.

Quand le relèvement de la veine est arrivé à l'angle inférieur de l'incision, on vérifie l'hémostase et l'on suture la partie supérieure de l'incision (crins de Florence, soie, agrafes au choix). Puis la partie suturée étant protégée sous une compresse, on trace un nouveau segment d'incision et la libération est poursuivie ainsi de haut en bas.

A la jambe, les paquets variqueux étalés au devant de la face interne du tibia sont fréquents ; il est alors bon de disséquer les deux lèvres cutanées sur quatre ou cinq centimètres de chaque côté de façon à mettre à nu tout le paquet à la fois. Ce paquet sera relevé et disséqué en bloc à la compresse. Souvent les adhérences veineuses à la peau seront trop intimes pour qu'il soit pratique de les détacher ; plutôt que de s'exposer à la perforation opératoire, ou au sphacèle consécutif, il vaut mieux réséquer la peau adhérente et être ainsi amené à réaliser le « bas naturel » de Schwartz.

A la jambe les veines perforantes sont plus nombreuses et plus importantes qu'à la cuisse, il importe de les pincer soigneusement avant de les sectionner. Elles donnent une hémorragie abondante qui masque la plaie et sont difficiles à saisir secondairement dans leur orifice aponévrotique.

La dissection des varices n'est pas très facile ; le tissu cellulaire condensé, enflammé chroniquement ne présente que rarement un plan de clivage facile à suivre ; d'autre part la dissection aux ciseaux a le tort d'ouvrir assez souvent les perforantes avant qu'elles aient été liées.

A l'extrémité inférieure de la plaie, la veine est liée et le bout abandonné après section.

L'excision de la saphène externe se fait comme celle de la saphène interne ; il suffit de se rappeler que les derniers centimètres supérieurs ont un trajet intraaponévrotique entre les ventres des jumeaux.

Conduite à tenir en cas d'ulcère variqueux. — En aucun cas les incisions ne doivent se rapprocher de l'ulcère plus près que cinq centimètres, à cause des dangers d'infection.

S'il siège assez haut sur la jambe, Terrier et Alglave conseillent de faire au-dessous l'excision des segments malléolaires des saphènes, ou s'il n'y a pas assez de place pour tracer des

incisions verticales de faire une incision circonférentielle à la méthode de Moreschi (voir ci-dessus p. 27).

Suites post-opératoires. — Terrier et Alglave comptent qu'une extirpation bilatérale et totale des saphènes dure 60 à 70 minutes. Le malade est mis au lit avec le membre élevé; les fils sont enlevés au 10^{me} jour. L'opéré peut se lever au 20^{me} jour et reprendre sa vie active. Toutefois s'il y a eu ulcère, il doit attendre au lit la guérison de celui-ci. Cette guérison dans quelques cas est étonnamment rapide ; s'il le faut on peut la hâter par des greffes dermo épidermiques.

Il est bon de pratiquer des massages après guérison, surtout si auparavant il y avait de l'œdème, des callosités périulcéreuses.

Modification de technique de Narath (1). — Elle a pour but d'éviter des lignes d'incision de 60 centimètres et leurs risques d'infection. Après avoir découvert et lié la crosse de la saphène, on la tend par traction de façon à bien préciser son trajet sur lequel on fait de petites incisions tous les 10 à 20 centimètres. Par ces incisions minimes la veine est dégagée dans une sorte de tunnel sous cutané et attirée ainsi de haut en bas par segments successifs. Les collatérales sont liées et réséquées par des boutonnières cutanées analogues.

Ce procédé est bon à la cuisse où la saphène est moins flexueuse, moins adhérente et moins riche en affluents qu'à la jambe. A la jambe le procédé de Narath crée de sérieuses difficultés à l'hémostase des perforantes et Guibé estime qu'on ne doit pas l'y employer.

---

(1) Narath : Extirpation sous-cutanée des veines variqueuses du membre inférieur. *Deutsch. Zeitsch. f. chir.* Tome LXXXIII., p. 104.

CHAPITRE IV

DES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Il serait puéril de croire que l'extirpation complète des saphènes constitue le traitement exclusif ou même le traitement de choix de toutes les varices. Outre que la plupart des malades se refuseraient à la subir, il est beaucoup de cas où elle serait, sinon nuisible, du moins inutile. Il convient donc de préciser les indications opératoires des varices.

Nous envisagerons d'abord dans quels cas il convient de recourir au traitement chirurgical ; puis nous nous demanderons si, aux cas ainsi retenus, convient toujours l'extirpation totale.

A) LES INDICATIONS OPÉRATOIRES EN GÉNÉRAL DANS LES VARICES

Elles se tirent des données variées et disparates.

Considérons d'abord le *degré des lésions* anatomiques. Beaucoup de varices non compliquées ne comportent aucun traitement, ou seulement un traitement purement hygiènique, dit Launay.

Tant que les varicosités sont petites, d'ailleurs étendues à tout le membre, quelles se marquent plutôt par leurs signes fonctionnels d'ailleurs minimes, plutôt que par leur apparence extérieure, il n'y a pas lieu d'intervenir. D'ailleurs, à cette phase, ce sont surtout les phénomènes biologiques d'inflammation chronique, de phlébosclérose qui sont en jeu. L'influence mécanique et hydraulique est encore au second plan et c'est contre elle seulement que le traitement opératoire est efficace. Nous ne songerons donc à intervenir, sauf complications, que devant des lésions au degré de distension, de flexuosités, de dilatations ampullaires qui impliquent l'insuffisance valvulaire et la déchéance complète de la paroi veineuse.

Il convient aussi de tenir compte des *conditions sociales* dans lesquelles vivent les malades. Ici, comme dans beaucoup de cas, il y a une chirurgie des pauvres et une chirurgie des riches. A ceux qui peuvent soigner leurs varices par le repos prolongé, les massages minutieux, le port de bas élastiques toujours en état, l'exercice modéré ; à ceux qui prennent soin d'eux-mêmes et surveillent avec intelligence les prodromes des complications possibles, à ceux-là nous ne proposerons pas la résection totale des saphènes comme procédé de choix, ni même des opérations moins étendues.

Mais les conditions sont tout autres pour l'ouvrier que sa profession tient debout pendant toutes ses heures de travail, à qui le « poids de ses jambes » est un lourd fardeau à la fin de sa journée, pour qui toute diminution de sa capacité de travail entraîne une diminution de bien-être, que guettent enfin les coups de fouet, les hémorragies au cours des efforts, les ulcères à la suite d'un minime traumatisme, la phlébite à la suite d'une minime infection. A ceux-là, l'opération sera fort avantageuse et d'autant plus qu'elle sera plus radicale.

L'examen des *troubles fonctionnels* nous servira aussi

d'argument en faveur de l'intervention. Parmi eux ce sont les douleurs et l'inaptitude fonctionnelle qui sont les plus importants.

Il y a, dans certains cas, de très vives douleurs, des névralgies qui suivent le trajet des veines variqueuses. En général, elles s'atténuent ou disparaissent par le repos; elles reprennent peu à peu dans les efforts, dans la station débout prolongée ; elles accompagnent la sensation de fatigue et peuvent atteindre à des paroxysmes intermittents fort pénibles. Ces douleurs apportant un obstacle sérieux à la marche, à la station, à l'effort, il est légitime de leur opposer un traitement énergique.

Nous pourrions répéter les mêmes choses pour l'inaptitude fonctiounelle : la jambe variqueuse est lourde, elle se fatigue vite, la marche est pénible et quelquefois il y a une véritable impotence du fait des varices. C'est là encore un argument de poids en faveur de l'extirpation.

A côté des troubles fonctionnels nous parlerons des *troubles trophiques*. On sait la résistance étonnante des ulcères variqueux à tous les traitements. Malgré que leur pathogénie soit complexe, il n'en est pas moins vrai que leur existence est dans une grande mesure entretenue par les défectuosités de la circulation superficielle et qu'ils sont presque toujours en rapport avec une ampoule variqueuse spécialement dilatée. Or les faits cliniques démontrent qu'après les résections des saphènes, la guérison des ulcères peut être espérée, qu'elle s'effectue quelquefois avec une rapidité étonnante et que les soins adjuvants prennent une efficacité jusqu'alors inexistante. N'y aurait-il que cette raison d'intervenir, elle serait suffisante.

Mais il en est d'autres que nous trouvons dans la *possibilité* et nous dirons même la *probabilité des accidents*. Les grosses dilatations veineuses, avec l'amincissement de leur paroi et

leur adhérence à la peau sont d'une fragilité extrême ; une contusion, un simple effort musculaire qui intensifie « le coup de bélier » et voilà une veine rompue, source d'une hémorragie profuse, qui se fait quelquefois en jet, peut donner à bref délai des accidents graves et aller dans certains cas jusqu'à la mort. Dans la cavité de ces ampoules, le sang se coagule et les thromboses ampullaires sont responsables de beaucoup de cas de mort subite qu'elles occasionnent par embolie. Enfin nous avons vu d'autre part que la réalisation de ces accidents (hémorragie, thrombose par phlébite chronique) appelait et justifiait un traitement opératoire.

B) Les contre-indications générales

Nous avons vu plus haut que dans certains cas le traitement opératoire serait inutile ; d'autres fois il serait dangereux. Ces contre-indications générales sont celles de la plupart des opérations qui impliquent l'anesthésie générale. Nous nous bornerons à énumérer l'âge avancé, les lésions cardiaques manifestes, la grossesse, l'artériosclérose intense, l'obésité très marquée, l'insuffisance rénale.

Au total, la question des indications opératoires en général dans les varices nous paraît bien résumée dans cette phrase de Terrier et Alglave : « Il y a dans l'importance des varices et des inconvénients qu'elles entraînent une question de degré que le chirurgien et le malade ont à apprécier pour l'opportunité d'une intervention » (*Loco citato*, page 891).

C) INDICATIONS ET CONTRE INDICATIONS SPÉCIALES

Franchissons une étape de plus, et demandons-nous quelles sont les *indications et contre-indications spéciales* de l'extirpation totale des saphènes.

Les conditions qui nous paraissent nécessaires pour que la résection soit valablement proposée sont les suivantes : Il faut que les conditions d'hydraulique défectueuse soient les causes déterminantes des symptômes éprouvés. En effet, si les troubles fonctionnels sont dus à l'inflammation chronique, aux fines varicosités cutanées ou siégeant sur les vasa-nervorum, tandis que les troncs saphènes ont gardé leur contractilité, leur calibre normal, leur suffisance valvulaire, l'extirpation totale ne paraît pas justifiée puisqu'elle ne s'adresse pas aux éléments pathologiques mis en jeu.

Il faut aussi que les lésions portent sur les troncs veineux des saphènes ; qu'il s'agisse de ce que Delbet appelle des varice typiques. Sans quoi il est bien évident que la résection de segments veineux sains est inutile et que les résections partielles sont de mise. Il convient de n'être pas systématique, et de ne pas dire que la résection totale s'impose du moment que l'on prend le bistouri. Comme le disent Terrier et Alglave « on ne comprend pas pourquoi on ferait à la cuisse une opération destinée à guérir des lésions parties de la jambe et qui y sont restées localisées ». Seulement il faut quand on se borne à une intervention partielle, que celle-ci porte directement sur les varices elles-mêmes et dans toute leur étendue pour obtenir avec l'ablation des vaisseaux malades, la suppression de l'arrivée sanguine par les perfo-

rantes. C'est ainsi que si une seule des saphènes, l'interne ou l'externe est intéressée, l'intervention devra rester limitée à la veine malade (Observation I).

Il n'est pas indispensable que le reflux saphénien existe pour justifier l'opération ; dans bien des cas les troubles sont suffisamment développés du fait du reflux profond pour que seule l'extirpation complète soit de mise.

CHAPITRE V

RÉSULTATS. VALEUR THÉRAPEUTIQUE.

La documentation de ce chapitre nous sera fournie par le mémoire de Terrier et Alglave et par la thèse de Truchet. A propos de notre observation inédite nous ferons remarquer la simplicité des suites opératoires et le maintien du résultat favorable constaté près d'un an après l'opération (Obs. I).

Les accidents. — La mort n'est pas un accident de l'ablation des saphènes. Elle ne pourrait guère se produire que par détachement d'une embolie au moment des premières manœuvres opératoires, c'est pourquoi il est recommandé de ne pas rouler la bande d'Esmarch et de commencer l'opération par la ligature immédiate de la crosse de la saphène. On est ainsi mis à l'abri du détachement de caillots qui ne manquerait pas de se produire si l'intervention était pratiquée dans le sens centripète. Alglave a eu un cas de mort par syncope chloroformique de début. Truchet rapporte dans sa 27ᵉ observation une mort par pyohémie survenue par infection opératoire et post opératoire de la plaie. Ces deux morts ne sont pas imputables au principe de la méthode. Que le second serve

seulement d'avertissement et rappelle combien minutieuse doit être la technique d'aseptisation employée !

Les résultats immédiats. — Les observations publiées rapportent toutes de bons résultats immédiats. La réunion se fait par première intention, sauf peut-être au voisinage des ulcères quand l'incision s'en est approchée de trop près.

Les malades opérés pour varices non compliquées peuvent se lever dès que la cicatrisation de la plaie est terminée. Cependant par prudence on peut les retenir au lit jusqu'au vingtième jour. Le lever s'accompagne souvent d'un peu d'œdème de la jambe auquel il est facile de remédier par quelques massages et qui d'ailleurs disparaît par le repos. On l'observerait, d'après Truchet, pendant quelques mois, répondant sans doute à la phase d'adaptation des tissus aux nouvelles conditions circulatoires. Dès qu'ils se lèvent les malades expriment une sensation d'allègement sur le membre opéré ; les douleurs, les crampes, les fourmillements ont disparu.

Quand le membre opéré présentait un ulcère, il est de très bonne pratique de prolonger le séjour au lit jusqu'à la cicatrisation de l'ulcère. En général l'effet immédiat de l'intervention est très net. L'ulcère se couvre de bourgeons charnus vivaces, et sur ses bords apparaît un liseré épidermique. Cependant sur les grands ulcères rebelles le processus se ralentit et finit par s'arrêter avant la cicatrisation complète. Il semble que l'excision des saphènes n'ait donné qu'un coup de fouet à la vitalité des tissus ulcérés.

Si la guérison de l'ulcère s'obtient, c'est en moyenne au bout d'une vingtaine de jours, mais quelquefois il faut attendre jusqu'à trois mois. Dans ces cas de cicatrisation retardée, il nous semble logique de traiter directement l'ulcère, au bout d'un mois, et de pratiquer à sa surface des greffes

d'Ollier-Tiersh. Truchet signale la formation sur les bords de l'incision de phlyctènes quelquefois étendues. Il n'est pas éloigné de les rattacher aux modifications trophiques qui peuvent résulter des tiraillements et irritations des filets nerveux superficiels au moment de la libération et de l'excision dès veines. En tous cas, ces phlyctènes si elles s'observent n'ont ancune importance.

Nous avons vu plus haut qu'Alglave, dans un cas, a vu se développer une chéloïde sur la cicatrice, au niveau du pli de flexion du genou, et c'est même l'excision de cette chéloïde qui fut l'occasion d'une syncope chloroformique mortelle. Truchet, deux fois, a vu en ce même point la formation d'une petite ulcération rebelle.

Résultats éloignés. — La statistique comporte 54 cas, dont la majorité proviennent des travaux cités ci-dessus. Elle permet de constater les résultats suivants :

Pour varices simples : 13 interventions. Guérison parfaite dans tous les cas au moment de la sortie de l'hôpital. Tous ceux qui ont été revus dans un délai de quatre à cinq mois après l'opération, se sont déclarés enchantés des résultats. Il n'y avait eu aucune récidive et tous manifestaient leur satisfaction de sentir leurs jambes légères et de ne plus éprouver aucune gêne fonctionnelle.

Pour les phlébites variqueuses : 4 observations. Notre observation inédite rentre dans ce groupe. Comme on le lira plus loin, le résultat vérifié dix mois après est très satisfaisant. Un autre malade a été trouvé guéri sept mois après l'intervention. Dans un cas seulement (Terrier et Alglave) l'opéré revint quinze jours après sa sortie de l'hôpital avec de l'œdème douloureux du pied. Mais dans ce cas il y avait eu phlébite typhique de varices profondes et par conséquent suppression presque complète de toute la circulation de retour.

Pour varices avec ulcères : 37 observations. Il y a eu une mort par infection, 7 cas où les ulcères sont restés stationnaires ou ont récidivé ; il s'agissait de troubles trophiques très accusés ; 16 opérés ont eu une guérison stable pendant au moins quatre mois ; l'ulcère étant resté complètement cicatrisé entre leur sortie de l'hôpital et le moment où on les a revus ; 13 cas n'ont pas été revus ou l'ont été trop peu de temps après l'opération pour qu'une conclusion ferme soit à en tirer.

Valeur thérapeutique du procédé. — Nous venons de voir que les résultats immédiats et que les résultats éloignés de l'extirpation totale des veines saphènes variqueuses sont satisfaisants. Doit-on en conclure à la très grande valeur thérapeutique du procédé ?

Si on compare les résultats des opérations partielles et spécialement des résections partielles avec ceux de la résection totale, la comparaison est tout à l'avantage de ce dernier procédé. Seul il assure à la fois la suppression du coup de bélier musculaire, du reflux superficiel, enfin des lésions anatomiques elles-mêmes.

Mais il faut bien savoir que l'opération est palliative et non curative. « L'opéré devra donc, même dans les cas les plus favorables, se considérer non pas comme guéri de ses varices, mais comme replacé à la période de début de l'affection » (Launay). En effet, on doit tenir compte de la persistance des varices profondes, de la possibilité de transformation variqueuse des canaux néoformés qui suppléent les veines enlevées ; enfin de la persistance des troubles dystrophiques dont les varices n'étaient qu'un des éléments, bien plus qu'elles n'en étaient la cause.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Inédite. Due à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran)

Enorme dilatation variqueuse de la saphène interne. Poussée de phlébite. Ablation totale. Guérison. Résultat éloigné satisfaisant.

Antoine X..., 69 ans, entre dans le service de M. le professeur Tédenat, suppléé par M. Soubeyran, en août 1909, pour des varices douloureuses du membre inférieur gauche. Ces varices existent depuis très longtemps, au moins depuis quarante ans, mais elles n'ont jamais attiré l'attention du malade ; il n'y avait ni douleurs ni gêne fonctionnelle.

En juin 1909, le malade est atteint de phébite subaiguë avec phénomènes surtout accentués à la racine de la cuisse. Le cordon variqueux est devenu gros et sensible. Après quelques jours le malade peut reprendre son métier, assez pénible, mais il boite fortement, traîne la jambe, et celle-ci est le siège d'un œdème considérable. Il se décide alors à entrer dans un service de chirurgie.

A l'examen direct on constate un œdème considérable de

tout le membre inférieur ; malgré cet œdème on voit et on suit la veine saphène interne qui est énorme, bosselée et contournée sur elle-même. La portion terminale dans le triangle de Scarpa est spécialement volumineuse. On la sent dure, bourrée de caillots.

Les principales branches de la saphène interne présentent les mêmes lésions. La saphène externe, au contraire, paraît intacte.

Le 28 août 1909 on pratique, sous anesthésie générale, la résection totale de la saphène interne. On commence par la dénuder dans le triangle de Scarpa, au niveau de son embouchure dans la fémorale ; elle est liée le plus haut possible. L'incision est ensuite prolongée (en plusieurs temps) jusqu'à la malléole interne en suivant le trajet de la veine, ce qui conduit très loin en arrière du condyle interne du fémur. Au niveau du mollet et sur la face antéro-interne de la jambe quelques collatérales sont réséquées assez loin par une incision branchée sur la première et dirigée obliquement.

La suture cutanée est faite aux crins de Florence.

Guérison sans incidents, réunion par première intention sur toute la longueur de l'incision.

Etat le 9 juillet 1910 : le malade est très satisfait de son opération ; il n'a plus éprouvé aucune douleur, il ne boîte plus du tout. La jambe est beaucoup moins lourde et elle gagne encore en agilité. Il y a cependant de l'œdème du pied après la station debout prolongée, mais sans gêne fonctionnelle. Un placard d'eczéma variqueux sur la région interne de la jambe. Il y a encore deux paquets variqueux mais de volume minime au devant de la crête tibiale et au devant du tendon rotulien. La cicatrice d'incision, pigmentée de brun, est très souple.

Observation II

(Terrier et Alglave, *in* Revue de Chirurgie, 1906. Résumée)

Varices volumineuses des deux membres inférieurs
Résection totale de la saphène interne, à droite et à gauche

Le nommé D... Alcide, âgé de 27 ans, entre à la Pitié, le 21 janvier 1902, pour des varices des deux membres inférieurs, dont il souffre depuis l'âge de 18 ans, c'est-à-dire depuis neuf ans à la jambe droite, et seulement depuis trois ans à la jambe gauche.

Depuis un mois il a de l'œdème sus-malléolaire assez marqué, œdème qui parfois descend sur le pied. Il a eu, il y a huit jours, une rupture d'une varice, à la partie moyenne de la jambe droite, avec hémorragie très abondante.

Il raconte que le soir, après son travail, il ressent dans les membres inférieurs, et surtout du côté droit, de la gêne, de la pesanteur, un certain engourdissement parfois très pénible à supporter.

A l'examen des membres on trouve, à droite, dans le territoire de la saphène interne, une augmentation considérable du calibre des veines, avec dilatations ampullaires très grosses en certains points et très tendues, quand le malade est debout.

De distance en distance, ces ampoules sont dures et remplies de nodosités, ayant presque une consistance pierreuse, véritables phlébolithes.

Les varices se prolongent jusque dans la cuisse.

Dans le territoire de la saphène externe du même côté, on trouve seulement de petites veines plus menues, un peu dilatées, et qui sont plutôt des varicosités que des varices.

Sur la peau de la jambe on trouve des tâches pigmentaires brunâtres.

Le reflux superficiel de haut en bas par insuffisance valvulaire est facile à constater chez cet homme, quand on le fait tousser ou pousser, coucher et lever successivement en comprimant le tronc saphénien à sa partie supérieure.

Du côté du membre inférieur gauche, les varices, tout en étant déjà volumineuses, sont cependant moins considérables que du côté droit.

Le malade est opéré le 28 janvier 1902 sous chloroforme, par M. Alglave et M. Géraud ; une résection complète des saphènes internes et de leurs racines variqueuses lui est faite.

Les suites opératoires sont des plus simples, et le malade quitte le service de M. Terrier, vingt-huit jours après, parfaitement guéri.

Observation III

(Terrier et Alglave, *in* Revue de Chirurgie, 1906. Résumée)

Varices des deux membres inférieurs avec ulcères. Résection totale de la saphène interne à droite et à gauche. A droite, la résection totale a été faite après un résultat insuffisant obtenu par la méthode de Moreschi, modifiée par Mariani et Reclus.

Le nommé H... Alexandre, âgée de 63 ans, entre à l'hôpital de la Pitié en janvier 1904, pour des varices des membres inférieurs dont il souffre depuis dix ans.

Il y a 2 ans, en 1902, il apparut au tiers inférieur de la jambe droite une plaque violacée douloureuse et dure qui s'étendit de plus en plus sur les faces interne, antérieure et postérieure, sans ulcération.

Au commencement de janvier 1904, une dilatation variqueuse, siégeant au niveau de cette plaque violacée de la jambe droite, se rompit et entraîna une perte énorme de sang. Cette rupture d'une ampoule variqueuse laissa derrière elle une ulcération qui grandit assez vite et qui suppura notablement. Elle était irrégulière et avait comme dimensions 3 centimètres et demi en longueur et 2 centimètres en largeur.

En même temps les deux jambes sont le siège de grosses dilatations variqueuses plus marquées à la jambe gauche qu'à la droite.

Le 23 janvier 1904, le malade est opéré par M. Alglave. On lui fait à gauche une résection totale de la veine saphène interne.

Du côté droit, on fait, à quelques travers de doigt au-dessus de l'ulcère, l'opération de Moreschi, c'est-à-dire la section circulaire de la peau et des couches sous-jacentes jusqu'à l'aponévrose jambière.

Pendant une année le résultat de ces deux opérations se maintint fort bon ; mais en juin 1905, le malade recommence à souffrir de sa jambe droite. Bientôt reparaissait à la limite du tiers moyen et du tiers inférieur de la jambe un ulcère des dimensions d'une pièce de 2 francs environ.

A gauche, au contraire, les varices ne reparaissaient pas et le membre restait à ce point de vue dans l'état le plus satisfaisant. Une seconde intervention fut donc pratiquée dans les premiers jours de juillet 1905 par M. Alglave et la saphène interne droite fut réséquée dans toute sa hauteur.

Le malade guérit rapidement de cette seconde opération et

quitta l'hôpital vers le milieu du mois de juillet 1905 dans l'état le plus satisfaisant.

En janvier 1906, le malade revenait à la Pitié sur notre demande et il nous était permis de constater que le résultat obtenu par nos deux opérations restait aussi bon que possible.

Observation IV

(Terrier et Alglave. Revue de Chirurgie, 1906. Résumée)

Varices avec ulcères successifs de la jambe gauche. Résection de la saphène interne dans une première opération. Résection de la saphène externe dans une deuxième opération, et pour un ulcère survenu dans son territoire, après la première opération.

Le nommé F... Eugène, âgé de 69 ans, entre à la Pitié, salle Michou, le 26 juillet 1904, avec de volumineuses varices internes et externes à la jambe gauche, et un ulcère au-dessus et derrière la malléole interne.

Une résection de la saphène interne fut faite le 3 août par M. Alglave, depuis la crosse de la saphène jusqu'à la partie moyenne de la jambe.

Les suites opératoires furent très simples, et le malade guérit très bien de ses varices et de son ulcère interne. Il quittait l'hôpital 28 jours après, avec une jambe en très bon état et ne présentant plus de varices qu'au côté externe.

Depuis cette époque, le malade ne souffre plus de son membre ; et, revu en janvier 1906, il déclare que, tandis que sa jambe droite, qui avait été relativement peu malade par rapport à la gauche, le fait actuellement souffrir de dou-

leurs, de pesanteur et d'engourdissement ; la jambe gauche va très bien.

Néanmoins, on trouve à celle-ci, au côté externe près de la malléole, un ulcère des dimensions d'une pièce de 1 franc. Il n'y a plus de varices dans toute la portion de saphène réséquée ; l'ancien ulcère qui avait existé de ce côté n'est pas reparu ; mais celui qui s'était montré primitivement dans le territoire externe saphène dont les varices ont été respectées par l'intervention, s'est reproduit comme autrefois.

Bien que l'ulcère interne ne soit pas reparu, il y a encore des varices dans la partie inférieure de la jambe gauche, dans le territoire que n'a pas abordé l'intervention de 1904, et de même dans le territoire saphène externe qui n'a pas été attaqué non plus. Toutefois, dans ce dernier, elles sont à peine visibles extérieurement.

C'est pour obtenir la guérison définitive des unes et des autres et de l'ulcère persistant en dehors, que le 7 janvier 1906, M. Alglave pratique à la fois la résection des varices restantes au côté interne, et la résection complète de la saphène externe.

Les suites opératoires sont très simples, et le malade quitte la Pitié parfaitement guéri un mois après.

Observation V

(Terrier et Alglave, *in* Revue de Chirurgie, 1906. Résumée)

Résection totale et double des saphènes pour varices du membre inférieur gauche.

Le nommé V... Charles, âgé de 47 ans, entre à la Pitié, le 22 novembre 1904, pour des varices dont il souffre beaucoup, depuis quelques semaines surtout.

A l'examen des membres on voit à gauche des dilatations variqueuses sur tout le trajet des saphènes interne et externe. Ces dilatations, irrégulières et ampullaires, s'étendent à toute la hauteur du membre, mais surtout à la jambe et au tiers inférieur de la cuisse.

Au membre droit, il existe également des varices, mais elles sont moins développées qu'au membre gauche.

En raison des douleurs qu'il ressent et de l'impotence fonctionnelle presque absolue qu'il éprouve à certains jours, le malade accepte l'idée d'une résection double des saphènes de son membre gauche. Cette opération est faite par M. Alglave le 8 novembre 1904, et dans une même séance les deux saphènes sont enlevées en totalité avec le plus possible des grosses branches collatérales qui s'y jettent.

18 jours après, le malade quittait l'hôpital parfaitement guéri de ses varices et fort satisfait du profond soulagement que lui donnait l'opération.

Observation VI

(Terrier et Alglave, *in* Revue de Chirurgie, 1906. Résumée)

Résection jambière de la saphène interne pour varices jambières avec hémorragies profuses.

Le nommé P..., âgé de 56 ans, entre à la Pitié le 10 novembre 1905 pour une hémorragie occasionnée par des varices de la jambe gauche.

Ces varices sont assez accusées depuis 6 ans, mais il en souffre surtout depuis quelques semaines.

Le 10 novembre il fut pris de vives démangeaisons à la jambe gauche, pour lesquelles il se grattait, quand survint une hémorragie très abondante pour laquelle il se fit amener à l'hôpital.

A l'examen du membre gauche où s'est produite l'hémorragie, on trouve des varices limitées à la jambe et du côté interne. Il n'y a pas de varices à la cuisse, où la saphène, à peine visible, a conservé des dimensions sensiblement normales.

La peau de la face interne de la jambe paraît très malade, fortement pigmentée, adérente aux parties profondes. Il existe au niveau du tiers supérieur une plaie au niveau de laquelle l'hémorragie s'est produite.

Le malade est opéré le lendemain, et une résection de la saphène interne est pratiquée par M. Alglave, dans toute la hauteur de la jambe.

Les suites opératoires sont très simples, et le malade guérit très bien de son opération et de ses varices.

Il quitte l'hôpital cinq semaines après l'opération.

Observation VII

(Terrier et Alglave, *in* Revue de Chirurgie, 1906).

Résection totale de la veine saphène interne du côté gauche pour des varices récidivées après résections partielles.

Le nommé L..., 58 ans, entre à la Pitié, pour des varices des deux membres inférieurs qui durent depuis 25 ans au moins.

Dans ces dernières années, ces varices sont devenues assez

douloureuses pour le mettre dans l'impossibilité de travailler, et, après avoir souffert alternativement à droite et à gauche d'hémorragies et d'ulcères, il se décida, en 1904, à aller demander un traitement chirurgical de son affection à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le Dr Schwartz, où il lui fut fait, à chaque membre, deux résections partielles de la saphène interne sur une longueur de 5 à 6 centimètres.

Ces résections furent faites, l'une à la partie moyenne de la cuisse, l'autre à la partie inférieure.

Le malade sentit une certaine amélioration après cette opération ; mais peu de temps après, il recommençait à souffrir, surtout de la jambe gauche. Le 7 janvier 1905 il entrait à la Pitié, réclamant une nouvelle opération, au moins pour le côté gauche.

Quelques jours après, une résection totale de la saphène interne du côté gauche était pratiquée par M. Alglave, et le malade quittait l'hôpital dans les premiers jours de février, guéri pour le côté gauche de sa plaie opératoire et de ses varices.

Observation VIII

(Terrier et Alglave, *in* Revue de Chirurgie, 1906. Résumée).

Varices volumineuses du membre inférieur gauche survenues après phlébite profonde au cours d'une fièvre typhoïde. Résection totale des deux veines saphènes.

Le nommé H... Julien, 47 ans, pâtissier, entre à la Pitié, pour des varices du membre inférieur gauche avec deux petits ulcères.

Les varices existent depuis 23 ans déjà. Le malade avait 19 ans quand elles sont apparues, après une phlébite profonde, contractée au cours d'une fièvre typhoïde. Cependant elles ne l'incommodent que depuis 10 ans.

A l'examen du membre, on trouve des grosses varices des deux territoires saphéniens, beaucoup plus marquées au niveau de la jambe qu'à la cuisse, avec paquets variqueux et ampoules volumineuses en certains points, où arrivent des perforantes.

Le malade est opéré le 5 février 1906 par M. Alglave.

La saphène interne et ses branches jambières sont réséquées par deux incisions, une fémoro-jambière, et une jambière. Le tronc saphénien est enlevé en totalité et ses grosses branches le sont dans une bonne partie de leur étendue.

La saphène externe est ensuite réséquée dans la plus grande partie de son étendue.

Les suites opératoires avaient été aussi bonnes que possible et le malade quittait l'hôpital 22 jours après l'opération, mais il y revenait 15 jours après, accusant de l'œdème du membre, après une marche d'une durée d'une heure ou deux.

Cet œdème que nous constatons pour la première fois, après nos résections doubles des saphènes, est dû vraisemblablement à l'oblitération de ses veines profondes par une phlébite profonde antérieure aux varices.

En raison de cet œdème le malade rentre à l'hôpital pendant quelques jours pour se reposer et recevoir un massage quotidien.

Sous l'influence du repos et de ce massage l'œdème disparaît rapidement, et le malade quitte l'hôpital après quelques jours.

Observation IX

(Terrier et Alglave, *in* Revue de Chirurgie, 1906. Résumée)

Résection totale de la saphène interne du côté droit pour varices avec phlébite.

Le nommé B. ., âgé de 59 ans, vient à la Pitié pour des varices apparues, il y a longtemps déjà, sur le membre inférieur droit, mais dont il ne souffre beaucoup que depuis quelque temps. Depuis trois semaines surtout il a de la gêne fonctionnelle très marquée du membre, avec tuméfaction et œdème autour de ses varices.

Ses varices sont limitées au territoire saphène interne et sont surtout développées au niveau du tiers supérieur de la jambe et du tiers inférieur de la cuisse. Elles sont très ampullaires en ces deux points et enflammées. La peau qui les recouvre est rouge et il y a de la chaleur au doigt au niveau des ampoules qui sont dures et douloureuses au toucher.

Ces ampoules variqueuses sont reliées les unes aux autres par des cordons phlébitiques durs et douloureux, qui, en quelques points, atteignent les dimensions de l'index.

Une intervention est décidée, et, le 17 février, la saphène interne est réséquée sous chloroforme par M. Alglave.

Les suites opératoires sont aussi simples et rapides que possible et le malade quitte le service de M. Terrier, parfaitement guéri, à la date du 14 mars 1906.

CONCLUSIONS

Les varices, si fréquentes au niveau des veines saphènes externe et interne, atteignent souvent une étendue et un volume qui les rendent rebelles aux traitements palliatifs.

Elles donnent lieu à des phénomènes douloureux, à de l'impotence fonctionnelle, elles exposent à des accidents de phlébite, d'hémorragie et d'ulcères.

L'intensité de ces symptômes, l'imminence ou la probabilité de ces accidents, souvent la condition sociale des malades indiquent un traitement chirurgical.

Les varices présentent une circulation défectueuse, où la physiologie normale est remplacée par des conditions hydrauliques différentes. Les principaux caractères de ce fonctionnement anormal sont dus à l'insuffisance valvulaire. Ils se manifestent par le « reflux saphénique superficiel » et par le « reflux musculaire profond ».

La plupart des opérations dirigées jusqu'à ces dernières années contre les varices ne visaient à supprimer ou modifier que le reflux saphénique superficiel. Les faits en ont démontré l'insuffisance très fréquente.

L'extirpation complète des troncs variqueux supprime les deux sortes de reflux et élimine de l'organisme des éléments anatomiques irrémédiablement lésés.

L'opération est bénigne et sa technique aisée. Suivant les cas on pratique : la résection totale, uni ou bilatérale des

deux systèmes saphènes ; la résection totale d'un seul système au complet ; la résection jambière portant sur toute la saphène externe et la partie jambière de la saphène interne.

Les résultats immédiats sont bons, spécialement pour les signes subjectifs ; à longue échéance la guérison se maintient. Les ulcères variqueux trouvent là un moyen sérieux de traitement.

BIBLIOGRAPHIE

Alglave. — (voir Terrier).

Bouglé. — Maladies des vaisseaux et des nerfs. Collection Ricard-Rochard.

Castan. — De la résection totale de la saphène interne, etc. Thèse de Lyon, 1906-1907, n° 108.

Cecca. — Clinica chirurgica, 1908 et Journal de chirurgie, 1908.

Delbet. — Clinique chirurg. de l'Hôtel-Dieu, 1897.

— Rôle de l'insuffisance valvulaire dans les varices. Sem. Méd., 1897.

— Cong. Int. de chir., 1900.

— Académie de Méd., décembre 1906.

Delore. — Cong. franç. de chir., 1894.

Durand. — Thèse Paris, 1902 (indique procédé de Moreschi).

Friedel. — Arch. für klein chir., 1908. Bd. 86 p.

— Journ. de chir., 1908.

Guibé. — Technique de l'extirpation, etc. Pres. Méd., 1906.

Katzeinstein. — Semaine Méd., 20 octobre 1909.

Klotz. — Arch. f. anat. u. Physio., 1887.

Launay. — Art : varices, dans nouveau Traité de chir. Tome XII. 1909.

Lederrhose. — Zeutralb. f. chir., 1903.

Narath. — Extirpation sous-cutanée, etc. Deutsch. Zeit. f. chir. Tome LXXXIV, p. 104.

Patel. — Lyon Méd., mars 1908.

Fearce Gould. — The Lancet, 8 avril 1899.

Quénu. — Traité de chir. Tome II.

— Congrès de chir., 1892.

Rémy. — Traité des varices, 1901.

Ricard. — Soc. de chir., mars 1903.

Robineau. — Traitement chirurgical des Phlébites. Thèse Paris, 1898.

Robinson. — Acad. des Sciences, mai 1910.

Schiassi. — Semaine Méd., décembre 1908.

Schwartz. — Revue générale de Clin. et Thérap., 1888.

— Nouveau traité de chirurgie. Tome IV.

— XII[e] Congrès franç. de chir., 1898.

Sénéchal. — Traitement opératoire des Phlébites. Gaz. des Hôp., 1907.

Tavel. — LXXII[e] Cong. de l'Associat. Cent. des Méd. Suisses, 1904.

Terrier et Alglave. — La Résection totale des saphènes, etc. Revue de chir. Tome XXXIII, page 865.

Trendelenburg. — Thèse par Tobold, Bonn 1889.

— Beitr. z. klin. chir., 1890. Tome XII.

— Mémoire de Perthes. Deutsch. Méd. Wochen., n° 16., 1895.

Tuffier. — Soc. anat., 1884.

Truchet. — De la Résection totale des saphènes, etc. Thèse Lyon, 1907-1908, n° 130.

Viannay. — Revue de chirurgie, 1905.

— Loire Médicale, 1907-08.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 13 juillet 1910.
Pour le Doyen,
L'Assesseur délégué,
G. Sarda.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 13 juillet 1910.
Le Recteur,
Ant. Benoist.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !